TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Robert GARIPUY

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE TOULOUSE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1907

TITRES

Faculté de Toulouse.

2e Prix de travaux pratiques, 1900-01.

2e Prix de fin d'année, 1900-01.

Externe des hôpitaux de Paris, 1904

Interne des hôpitaux de Paris, 1906.

Docteur en médecine, 1907.

ENSEIGNEMENT

Leçons aux stagiaires de la faculté (Maternité de l'hôpital Lariboisière), 1906-07.

Cours de perfectionnement pour médecins étrangers (Maternité de l'hôpital Lariboisière), 1907.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE SUR L'EXTRACTION DE LA TÊTE DERNIÈRE PAR LA PERFORATION SIMPLE.

(Thèse de Paris, 1907).

PREMIÈRE PARTIE

Après avoir passé en revue les divers procédés et indications opératoires de l'embryotomie céphalique sur la tête dernière, nous avons envisagé tout d'abord quels étaient les obstacles à vaincre pour amener dans ces cas l'extraction de la tête.

Ceci nous a conduit à examiner la résistance du massif crânien, bien connue grâce à de nombreux travaux ; mais nous avons surtout orienté nos recherches vers l'étude clinique et expérimentale des résultats de la perforation simple pratiquée à un point de la base permettant le maximum de réduction.

Nous avons vérifié que le sphénoïde détruit par la large perforation amenait la réduction de tous les diamètres de la base ; mais nous avons aussi constaté que la destruction de la base au niveau de la charnière de Budin permettait une réduction très notable du diamètre bi-mastoïdien, qui est comme on sait le plus grand diamètre de la base.

Ces considérations anatomiques résumées il restait à ex-

poser les diverses méthodes permettant d'arriver à ces résultats ; c'est ce que nous avons fait dans la suite.

Avant de passer en revue les procédés opératoires de perforation simple, nous nous sommes attaché à faire aux instruments broyeurs préconisés par les classiques diverses critiques sur leur emploi dans les cas de tête dernière.

Pour le *basiotribe* nous avons tâché de montrer que dans la majorité des cas, la tête retenue et tirée en bas plus ou moins violemment par l'accoucheur va se défléchir, aussi tous les auteurs sont-ils d'accord pour reconnaître que le point d'élection de la perforation précédant la basiotripsie est l'occiput au niveau de la suture fibro-cartilagineuse (Crouzat).

Or, comme dans la basiotripsie le perforateur est, comme on sait, le guide de l'application des branches, introduire cette première pièce par l'occipital, c'est non seulement ne pas toucher à la base, mais encore diriger le plan d'application de la force entièrement en dehors du plan basial. On s'expose ainsi sûrement à ne saisir qu'une partie de la voûte et à faire une détestable basiotripsie.

Par cette voie, le manche du perforateur est arrêté d'une part, en arrière du cou et du tronc du fœtus, donc à la limite postérieure de la base, de plus, la tête restant dans les voies génitales, il est impossible de relever assez fortement la tige du perforateur pour amener la pointe même au simple contact de la base (fig. 1).

Cependant, la voie occipitale peut être, en certains cas, remplacée par d'autres voies plus favorables à la basiotripsie, mais dans ces cas, comme nous aurons l'occasion de le redire, la basiotripsie n'est qu'un accessoire inutile, la perforation simple est suffisante.

C'est le cas où la perforation nous permettant d'atteindre le sphénoïde, la cohésion de la base sera de ce fait détruite, aussi décrirons-nous surtout les procédés permettant d'arriver à ce résultat, dans notre étude de la perforation simple.

D'une manière générale, l'introduction du basiotribe est difficile, donc dangereuse et la tête une fois broyée, souvent d'une façon insuffisante comme nous l'avons vu, l'instru-

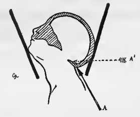


Fig. 1. — Schéma montrant l'impossibilité d'atteindre la base du crâne par perforation occipitale.
A' Position qu'il conviendrait de donner au perforateur et que l'obstacle empêche de donner.

ment immobilise les fragments, ne permettant pas l'accommodation si favorable au dégagement.

Nous pouvons donc conclure, que sur la tête dernière encore attenante au corps, la perforation constitue, si elle est bien faite, l'acte le plus efficace de la basiotripsie. Cette opération doit donc, dans ce cas, être rejetée et nous devons lui préférer la perforation simple.

Quant au *cranioclaste*, ses avantages, bien reconnus par tous les auteurs, consistent surtout dans le fait que cet instrument donnant une préhension solide de la tête, permet des tractions efficaces pour son dégagement. C'est ce que

M. Bar a résumé dans cette première appellation de l'instrument : craniotracteur.

Cet avantage primordial dans le cas de tête première est, on le conçoit, très atténué dans le cas qui nous occupe où le tronc est à notre disposition pour exercer les tractions nécessaires.

De plus, ici aussi, le cou du fœtus vient gêner l'application de l'instrument. M. Auvard, dans sa thèse, conclut que la meilleure application du cranioclaste se fera après perforation de la voûte palatine, en visant autant que possible la selle turcique. La branche mâle est introduite par cet orifice. La branche femelle est appliquée sur la face. L'extraction est pratiquée en plaçant le diamètre bimalaire en rapport avec un des diamètres obliques, ainsi qu'il ressort des expériences de Fabbri et Auvard. L'application de la branche femelle sur l'occiput donne de moins bons résultats et ne procure pas le principal avantage de l'application précédente, c'est-à-dire l'inclinaison du plan de la base abaissant la face et relevant l'occiput, ce qui favorise, on le conçoit, l'extraction de la tête. D'ailleurs, si l'on réfléchit à l'écartement des branches du cranioclaste, dans ce cas, on voit que cette application est plus théorique que pratique.

Nous ne contredisons pas que le cranioclaste dans ce cas facilite le dégagement de la tête, mais nous insistons sur le fait qu'une pareille prise est exceptionnellement possible. Nous y reviendrons à propos de la perforation simple.

Reste la cranioclasie sur l'occipital et sur les parties latérales,

Ici mêmes objections que pour la basiotripsie, la branche femelle va prendre point d'appui sur la portion occipitale de la voûte, la prise ne sera pas solide, la portion de l'occipital appartenant à la voûte sera déchiquetée. Or, si la per-

foration s'est faite au niveau de la charnière de Budin, la portion écailleuse seule de l'occipital sera comprise entre les branches de l'instrument. Dans ce cas, l'application de la branche femelle sera répétée plusieurs fois sans succès, les os broyés, le cranioclaste ici, et d'une façon générale sur la voûte, est un cranio-masticateur.

On peut encore appliquer une branche sur le cou lui-même, l'autre branche étant dans la perforation occipitale, on amènera ainsi une déflexion exagérant l'inclinaison de la base, mais, ainsi que l'a montré Auvard, ne facilitant pas l'extraction dans de notables proportions.

Pugliati a préconisé l'application de la branche femelle sur la face mais, outre la difficulté d'une pareille manœuvre dans le cas qui nous occupe, les résultats n'en sont pas favorables.

Pareille remarque s'applique aux applications de cranioclaste sur les parties latérales après perforation de la région temporale, en se proposant non plus d'incliner la base du crâne, en faisant basculer ses axes transversaux (bi-mastoïdien et bi-zigomatique) et non plus son axe antéro-postérieur (occipito-frontal).

Comme conclusion, ici encore nous pouvons dire que les applications du cranioclaste les plus efficaces dans le cas qui nous occupe sont précisément les plus difficiles à pratiquer.

De plus, comme le principal avantage du cranioclaste est de permettre une prise solide de la tête pour exercer les tractions puisque le tronc du fœtus est à notre disposition pour jouer ce rôle, nous devons nous demander maintenant si par la perforation simple, l'expression abdominale et les tractions sur le corps, nous n'arriverons pas à dégager la tête sans nous embarrasser d'instruments au moins inutiles?

Enfin, dernier reproche général au cranioclaste : c'est un instrument dangereux pour les parties maternelles. Pour pouvoir présenter une grande solidité, les branches du cranioclaste qui s'appliquent sur la tête sont placées de champ et ont une largeur d'un bon centimètre.

Même serré le cranioclaste fait une saillie dangereuse dont on se rend bien compte en la comparant au relief à peine perceptible du forceps qui, lui, s'applique à plat.

Après ces diverses considérations nous avons décrit les différents procédés de perforation que nous résumons dans le schéma ci-joint (fig. 2).

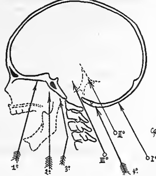


Fig. 2. — Schéma montrant les diverses méthodes de perforation de la tête dernière.

I, Voie occipale ; — II, Voie sur la fontanelle postéro-latérale ; — III, Espace occipito-atloïdien. — 1° par la voûte palatine ; — 2° voie sus-hyoïdienne ; — 3 préventéliale ; — 4° charnière occipitale.

Ce schéma indique en même temps le plan que nous avons adopté pour décrire ces perforations, les unes respectant les portions résistantes de la base du crâne, les autres détrui-

sant au contraire plus ou moins cette région. Nous avons ainsi passé successivement en revue les perforations *de l'interstice occipito-atloïdien, de l'écaille de l'occipital, de la fontanelle postéro-latérale*, puis *de la région ethmoïdo-sphénoïdale, de la région basilo-sphénoïdale* et *de la charnière de Budin*. A propos de chacune de ces méthodes nous avons critiqué les facilités d'accès et les résultats de chacune d'elles, en nous aidant dans nos explications de quelques schémas dessinés aussi simplement que possible.

Nous avons dès lors fait un choix de la méthode selon nous la meilleure d'abord pour les obstacles osseux les plus favorables pour la perforation simple, ensuite pour les cas d'obstacles dus à l'utérus rétracté.

Ici nous avons décrit un procédé employé par M. Bonnaire pour lutter contre l'anneau de Bandl, rétracté.

Dans ces cas en effet pour faire la voie au perforateur en glissant deux doigts entre le col et les côtés du cou, les auteurs disent : pulpe des doigts de la main gauche appuyant sur les parties molles du cou.

Mauvaise méthode si la tête est haute, car la courbure du canal pelvi-génital et la réplétion de celui-ci par le cou et les épaules du fœtus, obligent à relever le manche du perforateur sous le pubis ; il n'y a pas de place pour le porter en arrière, ce qui serait pourtant nécessaire pour tomber normalement sur la base.

Au contraire, si on écarte le col, en attirant vers l'arc antérieur du bassin sa lèvre antérieure, on dégage une région de la base, la région mastoïdienne sus-hyoïdienne ou occipitale suivant les cas, le perforateur restant en avant du cou et du tronc du fœtus, presque parallèlement.

Mais pour que les doigts ne gênent pas les manœuvres de perforation dans cette direction, il faut qu'ils fassent

volte-face par rapport à l'attitude que leur donnent les classiques en tournant le dos au perforateur.

La main gauche est introduite la face dorsale regardant le visage de l'opérateur, de telle façon que les doigts courbés en crochet appuient leur pulpe sur le relief du col ou de l'anneau de Bandl. La contracture des doigts creuse une boutonnière dans la fente se dirigeant vers le pubis.

La rainure dorsale qui sépare l'index et le médius, va

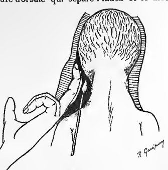


Fig. 3. — Schéma montrant combien les doigts accrochant par leur pulpe l'obstacle utérin donnent plus de place que lorsque la main est placée selon la méthode classique.

former une gouttière conductrice pour le perforateur, et préventive pour les tissus maternels.

La main droite glisse le losange de l'olive du perforateur (le dos de la lame si on n'a rien à sa disposition qu'un simple couteau) dans cette gouttière dorsale des doigts, arrive ainsi sur la partie à perforer (fig. 3 et 4).

Ces procédés une fois décrits il ne restait plus qu'à choisir le perforateur et à décrire les moyens de vider la tête et

de l'extraire,ce qui est aisé si la perforation a été complète.

Dans un chapitre suivant nous avons examiné les résul-

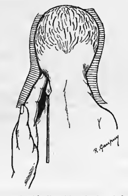


Fig. 4. — Schéma montrant la disposition classique de la main pour guider le perforateur. On remarquera le peu de place que donne cette méthode.

tats que l'on doit attendre de la perforation simple dans le cas où la tête est isolée du tronc et retenue dans l'utérus.

DEUXIÈME PARTIE

D'après l'exposé des diverses méthodes employées pour l'extraction de la tête dernière après perforation, nous avons nettement conclu que dans les cas où la tête est encore adhérente au tronc, la perforation simple permet dans la très grande majorité des cas l'extraction de la tête.

Si nous nous rappelons ce qui se produit quand nous exerçons des tractions sur la tête ainsi perforée, il est facile de comprendre que pour passer au travers de l'obstacle, la

tête sollicitée par la traction et l'expression va venir buter contre cet obstacle, et la résistance de la base étant détruite, les diverses pressions qu'elle va subir au passage vont avoir raison de sa solidité.

Le broiement de la tête s'effectue donc sans la force agissante du basiotribe, mais par la résistance passive de l'obstacle qui la broie comme les branches de l'instrument. La basiotripsie n'est donc pas inutile dans son sens littéral, mais grâce à la perforation surtout de la base, nous avons pu, en diminuant la résistance du crâne, faire jouer le rôle de basiotribe à l'obstacle lui-même.

Deux objections viennent immédiatement à l'esprit : n'allons-nous pas par ces tractions sur le fœtus, même avec l'aide de l'expression, atteindre ou dépasser la limite de la résistance du cou et décoller la tête ? Les violences enfin exercées sur l'obstacle ne sont-elles pas trop dangereuses pour la mère ?

Nous allons tâcher de répondre à ces objections, par le résultat de recherches expérimentales et par des constatations cliniques.

1° Expérimentation.

Dans une série d'expériences faites à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux et à la maternité de Lariboisière, nous avons étudié les méthodes de perforation, au point de vue de leur difficulté, et de la force qu'il est nécessaire après elle de déployer pour extraire la tête fœtale vidée et disloquée. Nous avons vu ensuite les résultats anatomo-pathologiques de ces manœuvres.

D'après les diverses expériences faites par un grand nombre d'auteurs, il faut, pour arracher le cou d'un fœtus, exercer une traction égale à 50 kilogr. en moyenne et ajouter à

la traction des mouvements d'oscillation sans lesquels une force de plus de 1.000 kilogr. est nécessaire pour arriver à détacher la tête du tronc.

Pour mesurer la traction exercée sur le fœtus au cours de nos expériences, nous avons fortement attaché le tronc en prenant surtout point d'appui au niveau des épaules, de façon à nous rapprocher le plus possible de la clinique. Nous avons ensuite, sur les liens attachant le fœtus, fixé un dynamomètre à traction dont une aiguille enregistrant l'effort maximum employé pendant l'expérience, nous donnait ensuite par simple lecture la force nécessaire à l'extraction dans le cas à étudier.

Nous constations ainsi que cet effort était très éloigné ou presque égal aux 50 kilogr. nécessaires à la détroncation.

Pour chaque groupe de cas nous avons fait une expérience où l'extraction a été faite par la traction seule et une deuxième expérience en aidant cette traction par l'expression abdominale ; nous avons vu ainsi quel était l'adjuvant apporté par cette manœuvre (1).

Enfin nous avons pratiqué nos perforations aux divers points d'élection afin de rechercher pour chaque procédé mis dans les conditions ordinaires de son indication, la force nécessaire à l'extraction de la tête vidée.

Pour nous rapprocher le plus possible de la clinique nous avons simulé deux cas : 1° rétention par un obstacle osseux ;

2° Rétention par l'anneau de Bandl rétracté.

L'obstacle osseux a été facilement simulé par le manne-

(1) Par des expériences répétées sur diverses personnes du service nous avons vu que dans les conditions habituelles, l'aide faisant de l'expression à genou sur le lit à côté de la parturiente, déploie une force qui varie de 30 a 35 kilogr.

quin de Pinard et Budin servant aux manœuvres ou en avançant plus ou moins le promontoire. Nous avons obtenu une angustie pelvienne plus ou moins accusée par rapport au diamètre bi-mastoïdien du fœtus quel que soit son poids.

Disons tout de suite que si quelques-unes de nos expériences ont porté sur des fœtus avant terme et si par conséquent le crâne dans ces cas a été plus facilement disloqué, cet avantage était compensé par la moindre résistance des attaches vertébrales et par le rétrécissement exagéré à dessein de l'obstacle à franchir.

L'anneau de Bandl rétracté était plus difficile à simuler. Nous avons cru nous rapprocher de la clinique en prenant une feuille épaisse de gutta-percha (8 millim. environ) et en y découpant une forme d'abat-jour de lampe.

Faisant ensuite ramollir notre gutta-percha, nous formons autour du fœtus un entonnoir à ouverture supérieure à l'intérieur duquel était la tête.

La gutta-percha refroidie reprenait sa consistance que nous renforcions d'ailleurs par des cordes solides. Le problème consistait alors à faire sortir après perforation la tête fœtale par l'orifice plus ou moins grand du cône tronqué qui figurait ainsi assez exactement l'anneau de Bandl rétracté sur la tête.

Selon les dimensions de l'orifice, nous avons étudié les diverses perforations.

OBSTACLE OSSEUX

Expérience I

Bassin. — Promonto-pubien minimum : 8.
Fœtus. — Poids : 3,600 gr.
Diamètre de la base bi-mastoïdien : 7,7.
— bi-zygomatique : 7,8.

Position. — Tète très défléchie en transverse gauche.

Perforation de l'écaille de l'occipital très fragile grâce à la position de la tête.

Extraction. — Traction énergique (40 kilogr.) amène l'écoulement de la matière cérébrale et une descente de la tête peu marquée. Echec de la manœuvre de Champetier de Ribes.

L'expression, faite par un aide, vide la tête très facilement, dès lors, l'extraction est aisée et avec manœuvre de Prague, demande seulement 30 kilogr.

Autopsie. — Ecrasement de la voûte et intégrité de la base dont les diamétres n'ont pas été modifiés.

Expérience II

Bassin. — Promonto-pubien minimum : 7,5.

Fœtus. — Poids : 3,100 gr.

Diamètre bi-mastoïdien : 7,5.

— bi-zygomatique : 7,3.

Position. — Transverse gauche.

Perforation selon la méthode de M. Bonnaire, tunnel cervical

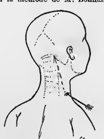


Fig. 5. — Schéma de la voie latéro-vertébrale atteignant après tunnel cervical la charnière de l'occipital

amenant sur la partie latérale gauche de la colonne vertébrale du fœtus.

Perforation facile au niveau de la charnière de Budin et destruction large de la partie postérieure du trou occipital.

Extraction. — Ecoulement facile de la matière cérébrale. L'aide fait de l'expression, l'extraction se fait aisément, demandant un effort de 20 kilogr.

Autopsie. — Le diamètre bi-mastoïdien mesure 5 cent. 2 ; la destruction de la partie postérieure du trou occipital et d'une partie de l'écaille de cet os a permis le rapprochement des deux rochers.

Le sphénoïde et les pièces spheno-orbitaires sont intacts, aussi le bi-zygomatique n'a pas diminué.

Expérience III

Bassin. — Promonto-pubien minimum : 7.

Fœtus. — Poids : 3,000 gr.

Diamétre bi-mastoïdien : 7,2.

— bi-zygomatique : 7,1.

Position transverse gauche, tête fléchie modérément.

Perforation par la voie palatine.



Fig. 6. — Schéma montrant que l'hyperflexion de la tête est indispensable pour atteindre le sphénoïde par la voie palatine.

Introduction facile dans la bouche, perforation facile de la voûte palatine que l'on fait éclater en redressant l'instrument, perforation aussi large que possible de la base à la partie postéro-supérieure de la cavité des fosses nasales.

Extraction. — Ecoulement modéré de matière cérébrale. Manœuvre de Mauriceau possible puisque la tête est fléchie. Expression

abdominale ; traction (50 kilogr.). Pas de résultat, la tête est descendue de quelques milimètres seulement.

Autopsie. — La perforation a intéressé la voie criblée de l'ethmoïde et la grande aile sphénoïdale droite. Le diamètre bi-zygomatique a diminué de quelques millimètres seulement, le bi-mastoïdien est intact.

L'expérience ayant montré que dans les conditions où nous nous étions placé, la perforation par la voie palatine était insuffisante, nous avons tâché de nous placer dans des conditions à peu près identiques et de voir ce que donnerait en ce cas la perforation intéressant le sphénoïde.

Expérience IV

Bassin. — Promonto-pubien minimum : 7.
Fœtus. — Poids : 3,150 gr.
Diamètre bi-mastoïdien : 7,5.
— bi-zygomatique : 7,3.
Position. — Transverse gauche, tête fléchie modérément.

Perforation par la voie latéro-vertébrale droite avec tunnel cervical ; destruction très difficile de la région située en avant du trou occipital. Le perforateur est retourné en tous sens pour bien faire éclater les os.

La tête est vidée par l'expression et la traction.

Extraction. — Traction de 43 kilogr. amène l'extraction de la tête.

Autopsie. — Dislocation complète de la base, mais réduction bien plus marquée du bi-mastoïdien 5,6 que du bi-zygomatique 6,3.

OBSTACLE UTÉRIN

Expérience V

Anneau de Bandl. — 7 cent.
Fœtus. — Poids : 2,900 gr.
Diamètre bi-mastoïdien : 7.
— bi-zygomatique : 6,7.
Position. — Tête fléchie.

Perforation. — Au niveau de la charnière de Budin, aprés avoir suivi la face latérale de la colonne cervicale. La perforation ne demande aucun effort. La matière cérébrale s'écoule facilement.

Extraction assez difficile et longue, exige un effort de 40 kilogr.

L'expression faite par un aide au cours de l'expérience n'améne pas l'accélération de l'extraction.

Autopsie. — Réduction du diamétre bi-mastoïdien qui mesure 5 cent., le diamétre bi-zygomatique est à peu prés intact, 6,5.

Expérience VI

Anneau de Bandl. — 8 cent.

Fœtus. — Poids : 3,000 gr.

Diamètre bi-mastoïdien : 7,5.

— bi-zygomatique : 7,6.

Position. — Téte défléchie.

La *perforation* est faite par la voie prévertébrale et demande un

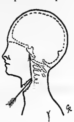


Fig. 7. — Schéma de la voie prévertébrale.

effort considérable et qui serait sans doute dangereux sur le vivant.

Le sphénoïdien est largement perforé, la matiére cérébrale s'écoule.

L'extraction exige un effort de 40 kilogr. avec torsion du fœtus ; elle n'est pas aidée par l'expression.

Autopsie. — Dislocation compléte de la tête. Le diamétre bi-mastoïdien égale 5 cent., le bi-zygomatique 6 cent.

Expérience VII

Anneau de Bandl. — 8 cent.

Fœtus. — Poids : 3,000 gr.

Diamètre bi-mastoïdien ; 7,4.

— bi-zygomatique : 7,6.

Position. — Tête défléchi.

Perforation par le procédé de M. Bonnaire. Tunnel cervical et perforation au niveau de la charnière de l'occipital.

Extraction avec le perforateur manié trop brutalement, intéresse au passage quelques vertèbres cervicales, aussi le cou se rompt avec une traction de 35 kilogr. La tête isolée et perforée est alors extraite avec le cranioclaste de Braun, cette extraction demande un effort de 46 kilogr.

Autopsie. — Destruction de la base, il est difficile de faire la part qui revient à la perforation simple et au cranioclaste. On constate du côté de la colonne cervicale que l'axis et l'atlas ont été en partie détruits par le perforateur, ce qui explique la diminution de la résistance.

Expérience VIII

Anneau de Bandl. — 6 cent. de diamètre.

Fœtus. — Poids : 2,800 gr.

Diamètre bi-mastoïdien : 7.

— bi-zygomatique : 6,5.

Position. — Tête défléchie.

Perforation par la voie prévertébrale de la région sphéno-basilaire. Destruction large de la région après perforation difficile. Ecoulement de la matière cérébrale.

Extraction par l'expression et la traction très laborieuse, demande 5 minutes et un effort de 47 kilogr.

Autopsie. — Réduction des deux diamètres à 5 cent., éclatement de tous les os du crâne qui chevauchent les uns sur les autres. Le cou paraît encore très solide.

Expérience IX

Anneau de Bandl serré sur le sous-occiput et le front du fœtus qui est ainsi retenu par le diamètre bi-pariétal et bi-temporal.

Perforation par la voie palatine, la perforation est assez difficile, mais nous ne visons pas le sphénoïde. nous préoccupant seulement de vider le crâne pour permettre au diamètre de la voûte de s'affaisser. La matière cérébrale s'écoule facilement.

Extraction très aisée par une traction de 20 kilogr. sans expression.

Autopsie. — Sphénoïde intact, la perforation a porté sur la lame criblée de l'ethmoïde et sur la partie interne de la pièce orbito-sphénoïdale gauche.

Les diamètres de la voûte n'ont aucune consistance, car il y a fracture des pariétaux et du frontal.

Les diamètres de la base n'ont pas varié, ils n'avaient d'ailleurs aucun intérêt, l'obstacle siégeant au-dessus d'eux.

De ces expériences nous pouvons conclure que, sauf faute opératoire (observation n° VII), la force nécessaire à l'extraction est toujours supérieure à l'effort de traction donné par les classiques comme devant entraîner la détroncation du fœtus.

Dans les cas d'anneau de Bandl simulé (il faut d'ailleurs tenir compte de l'inextensibilité absolue de notre appareil) la force nécessaire est souvent voisine de 50 kilogr.

Enfin la différence dans l'effort de traction après perforation de la base au niveau de la charnière occipitale par rapport à la perforation au niveau du sphénoïde, n'est pas très considérable. Par contre, la perforation elle-même au niveau du sphénoïde demande un effort considérable et exige une série de secousses inévitables qui doivent être dangereuses sur le vivant.

Avant de pratiquer la destruction du sphénoïde, on essayera toujours la perforation au niveau de la charnière occipitale qui se fait sans difficultés et sans traumatisme pour les parties maternelles. On amènera ainsi la réduction du

bi-mastoïdien qui, dans les cas cliniques que nous allons voir, a toujours suffi pour dégager la tête.

2° Etude de résultats en clinique.

Nons avons relaté dix observations inédites recucillies dans le service de M. Bonnaire et nous avons insisté sur l'innocuité pour la mère de la perforation simple dans ces cas.

Nous avons été d'ailleurs très favorisé pour étudier les suites de ces opérations, puisque pendant notre internat à Lariboisière nous avons nous-même pratiqué deux perforations de la tête dernière sur les dix opérations analogues faites pendant une période de cinq années et rapportées dans notre thèse.

Les hasards de la clinique nous ont permis, depuis que notre thèse a été écrite, de pratiquer une troisième fois cette intervention et de constater à nouveau ses bonnes suites opératoircs.

Nous ne pouvons donc que persister dans les conclusions de notre thèse.

UN CAS DE RÉTENTION DE LA TÊTE DERNIÈRE PAR RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL. EXTRACTION APRÈS PERFORATION.

Pendant que nous écrivions notre thèse inaugurale sur l' « extraction de la tête dernière avec perforation simple », nous eûmes l'occasion, sous la direction de M. Bonnaire, de pratiquer deux fois cette intervention à la Maternité de Lariboisière. Il nous a paru intéressant de communiquer à la Société d'obstétrique le résultat de cette intervention assez rare puisqu'à Lariboisière sur une période de 5 ans soit environ 15.000 accouchements il n'a été procédé que 10 fois à cette manœuvre (y compris nos cas personnels). La perforation simple fut d'ailleurs toujours efficace, M. Bonnaire n'ayant dû jamais recourir sur la tête dernière encore attenante au tronc, soit au basiotribe soit au cranioclaste.

Voici l'observation de l'un de nos deux cas, que nous faisons suivre de quelques considérations à l'occasion de la présentation du crâne où l'on peut constater les lésions produites par le perforateur.

Mme L..., 36 ans, ménagère, entre à la Maternité de Lariboisière le 3 février. Ne présente rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Rien à signaler ; la marche est normale. Cette femme a d'ailleurs déjà eu deux enfants nés à terme et mis au monde par des accouchements normaux.

Le 3 *février*, à 10 heures du soir, au moment où la parturiente entre à l'hôpital, elle nous dit que le travail a commencé à 6 heures du soir, accompagné d'hémorragies assez abondantes, les membranes se sont rompues peu après et immédiatement une anse du cordon est apparue à la vulve. L'écoulement sanguin n'a pas été modifié par la rupture des membranes. La sage-femme qui a soigné cette femme

en ville a fait de nombreuses tentatives de rétropulsion du cordon, ce qui lui a permis de sentir à gauche de la présentation une masse saignante et molle ; justement alarmée elle envoie la malade à Lariboisière.

Il s'agissait d'une présentation du siège décompléte mode des fesses arrêté, au détroit supérieur, par suite de la présence du placenta engagé dans le col et coincé ainsi entre la partie fœtale et les parties maternelles.

Vingt centimètres du cordon forment une anse procidente qui sort par l'orifice valvaire ; la palpation au niveau du cordon ne révèle aucun battement

L'écoulement sanguin qui se fait au niveau de la vulve étant en somme peu abondant, on espère une expulsion spontanée du fœtus.

Le 4 au matin, malgré quelques contractions assez violentes, la partie fœtale est toujours située au détroit supérieur arrêté par le placenta qui laisse toujours écouler une légère quantité de sang.

Pendant la visite, vu l'état grave de la malade dont le pouls est à 116 et chez laquelle l'hémoglobinimétrie pratiquée avec l'appareil de Gowers donne seulement 61 0/0, M. Bonnaire décide d'intervenir immédiatement.

Le col a une dilatation presque complète, la femme est endormie au chloroforme.

M. Bonnaire commence par dilacérer et arracher la portion du placenta qui gêne la descente de la partie fœtale, puis il saisit un pied, après introduction de la main droite à travers le col. Un pied amené à la vulve un lacs est placé, par l'intermédiaire duquel on exerce des tractions aussi en arrière que possible. Le second pied se dégage et enfin le siège est extrait avec beaucoup de difficulté et en tordant le corps du fœtus.

Le dégagement des épaules est relativement plus aisé ; après traction énergique très en arrière on extrait d'abord le bras antérieur.

La tête est enfin retenue et nous assistons à l'échec des manœuvres de Mauriceau et de Champetier de Ribes. Par le toucher on constate la rétraction de l'anneau de Bandl. Aussi M. Bonnaire nous fait-il pratiquer la perforation de la tête dernière.

La tête étant en transverse gauche la perforation la plus aisée est la perforation par la voie latéro-vertébrale droite, qui nous per-

mettra de manœuvrer dans l'ogive pubienne. Nous introduisons l'index et le médius gauches sous le pubis, de façon à accrocher par la face palmaire de nos doigts l'anneau rétracté, selon la technique indiquée page 12.

Sur la face dorsale des doigts nous guidons la pointe des ciseaux de Blot jusqu'à la partie latérale du cou. Nous introduisons dans les parties molles le perforateur jusqu'à la partie latérale des vertèbres, que nous suivons, en prenant bien garde de ne pas les léser, jusqu'à la base du crâne.

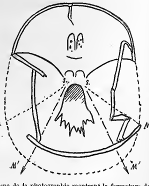


Fig. 8. — Schema de la photographie montrant la fermeture de l'angle formé par l'axe des rochers et par conséquent la réduction du diamètre bi-mastoïdien après perforation. — On remarque encore que par la torsion exercée pour l'extraction toute la partie postérieure de la base a été déviée,
SM, Axe des rochers avant la perforation ; — SM', Axe des rochers après la perforation.

Nous dirigeant alors en arrière, nous perforons largement au niveau de la charnière de Budin, en détruisant la partie postérieure du trou occipital.

Le perforateur une fois enlevé la matière cérébrale s'écoule par la plaie cutanée, ressemblant à du pus grumeleux sortant d'un abcès. L'expression faite par un aide augmente l'écoulement.

Enfin l'extraction est faite par traction et torsion du tronc du fœtus. Cette opération, assez pénible, a duré une demi-heure.

Le délivre suit presque immédiatement le fœtus ; le placenta pèse 400 grammes.

La femme, vu les manœuvres dont elle a été l'objet en ville, reçoit une injection utérine iodée.



Fig. 9

Auparavant M. Bonnaire se rend compte par le toucher de l'intégrité du col.

Dès le soir de l'accouchement la température s'élève, atteint 38°4. L'utérus est dur ; il n'y a pas d'écoulement à la vulve ni d'épanchement dans le bassin.

Une injection de collargol pratiquée le lendemain ramène la température à la normale, mais les jours suivants la fièvre reprend à nouveau. La femme aujourd'hui est en pleine voie de guérison.

L'*autopsie* de la tête fœtale permet des constatations intéressantes.

A la palpation nous constatons que la tête fœtale a perdu toute consistance ; la calotte crânienne étant enlevée nous trouvons qu'il reste une petite quantité de matière cérébrale.

Au niveau de la base que nous regardons par la face supérieure, nous voyons tout d'abord que notre perforation a détruit le bord postérieur du trou occipital et même une partie de l'écaille de cet os.

Sous l'influence de cette destruction les deux rochers ont pu se rapprocher et de ce fait le diamètre bi-mastoïdien a diminué ; il ne mesure en effet que 5 centimètres. Enfin les diverses pièces osseuses ont chevauché les unes sur les autres, certaines en se fracturant, ce qui a donné au contour de la base un aspect généralement arrondi, bien en rapport avec l'obstacle à vaincre.

Le sphénoïde étant intact, nous voyons les parties antérieures de la base toujours soutenues par les pièces orbito-sphénoïdales, ce qui explique l'intégrité du diamètre bi-zygomatique qui mesure 7 cent. 5.

L'intérêt que présente, croyons-nous, cette communication réside dans le mode d'extraction de la tête dernière retenue par l'anneau de Bandl rétracté.

Vu l'état grave de la malade nous ne devions pas attendre le relâchement de l'anneau musculaire et vu l'état de contraction du muscle nous ne pouvions sans danger introduire les branches d'un instrument broyeur.

Voyons donc le résultat de la perforation simple.

Vous pouvez, Messieurs, vous rendre compte sur la pièce (fig.8 et 9) que je vous apporte, de la réalité des lésions constatées à l'autopsie.

Le fait le plus intéressant est le rapprochement de l'axe des rochers par fermeture du sinus ouvert en arrière formé par ces axes. Cet angle se ferme parce que la perforation détruit le plancher de l'étage postérieur et le résultat par

conséquent est la diminution du diamètre bi-mastoïdien, principal obstacle à l'extraction de la tête.

Nous ne voulons pas reprendre ici les chapitres de notre thèse et montrer les dangers de la basiotripsie ou de la cranioclasie sur la tête dernière, surtout dans les cas de rétraction de l'anneau de Bandl ; nous voulons seulement insister sur ce fait que la perforation au niveau de la charnière de Budin, c'est-à-dire celle que nous avons pratiquée dans le cas qui fait l'objet de cette communication, est de beaucoup la plus facile et presque toujours suffisante.

Guidé par des considérations plus théoriques que pratiques nous pensions que la destruction du sphénoïde, clef de voûte de la base, devait amener la dislocation complète du crâne et de ce fait rendre l'extraction facile.

Les expériences faites à la Maternité de Lariboisière et à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux nous ont montré le bien-fondé de cette théorie, mais en même temps, nous avons pu constater toute la difficulté de sa mise en pratique.

Reprochant au basiotribe et au cranioclaste le danger de leur application pour les tissus maternels, nous nous sommes aperçu que l'effort très violent toujours nécessaire à la destruction du sphénoïde devait être au moins aussi dangereux.

Devions-nous rechercher dans l'arsenal chirurgical des instruments plus appropriés à cette perforation, nous n'y avons pas songé, car nous nous sommes aperçu que la perforation au niveau de la charnière occipitale, qui permet la diminution du diamètre bi-mastoïdien seul, est en pratique facile et efficace.

Grâce à cette perforation qui se fait sans effort nous pou-

vons, en tirant sur le corps du fœtus, surtout si nous nous aidons de l'expression, vider et extraire la tête.

La basiotripsie n'est pas au sens littéral inutile, mais la perforation de la base ayant diminué la résistance de la tête, c'est l'obstacle lui-même qui va jouer le rôle de basiotribe. Il réduira les diamètres à mesure qu'ils se présenteront, grâce aux tractions exercées sur le tronc, ce tracteur naturel nous dispensant du cranioclaste.

LA RÉTENTION PROLONGÉE DE L'ARRIÈRE-FAIX DANS L'AVORTEMENT.

Presse Médicale, avril 1907.

A l'occasion d'un cas très intéressant de rétention prolongée (4 mois) de l'arrière-faix observé dans le service de M. Bonnaire, nous avons recherché dans le registre de la Maternité de l'hôpital Lariboisière et dans les thèses ou travaux récents des cas analogues. Nous avons pu constater ainsi que ces faits sans être très rares sont encore à signaler aux cliniciens et qu'il importe surtout de distinguer les cas où la rétention du délivre est complète, différant par leur évolution des cas plus fréquents où une partie seulement du délivre est retenue.

Nous avons réuni dans un article paru dans la *Presse Médicale* les diverses considérations que nous ont suggérées ces recherches.

Après les différents travaux parus tant en France qu'en Allemagne sur la façon dont le placenta continue à vivre dans l'utérus après l'expulsion du fœtus lui-même, nous ne devons pas nous étonner aujourd'hui de la conservation de l'arrière-faix tout entier dans un état de vitalité presque parfait.

Il était intéressant de savoir si dans ces cas de rétention totale la sclérose du placenta était habituelle ou bien s'il n'y avait pas persistance parfaite de la vie avec accroissement du délivre, question dont on comprend tout l'intérêt si l'on examine les travaux récents sur les transformations malignes ou bénignes des débris placentaires.

De l'examen macroscopique et microscopique de notre arrière-faix nous avons pu conclure qu'il n'y avait aucune modification vraiment notable ni dans le sens de momification ni dans le sens de néoformation. Le placenta comme c'est la règle restant partout adhérent, dans ces cas de rétention totale, s'arrête dans son évolution, la circulation maternelle étant juste suffisante pour entretenir sa vitalité sans ralentissement ou exagération, à l'inverse de ce qui s'observe dans le cas de rétention partielle.

Ces notions sont intéressantes surtout pour expliquer l'absence de symptômes observés. Dans ces cas l'utérus se comporte contre ce délivre retenu et vivant non comme en face d'un corps étranger mais comme vis-à-vis d'un œuf intact, d'où la difficulté très grande du diagnostic. On devra systématiquement pratiquer l'exérése de cet arriére-faix, qui, s'il ne donne lieu à aucun symptôme, est par le fait même de sa vitalité persistante une menace permanente par les complications tardives d'origine diverse et trés discutées dont il peut être le siège. C'est dire tout l'intérêt du diagnostic de ces cas, c'est pourquoi nous y avons surtout insisté dans notre article.

Nous ne devons pas compter sur les symptômes fonctionnels qui manquent à l'habitude ou qui par leur insignifiance n'attirent pas l'attention. L'examen physique seul permet le diagnostic, mais il est souvent trés délicat.

Eliminer une grossesse en évolution sera en général assez

facile et en tout cas il n'y aurait qu'à pratiquer deux examens successifs à intervalles plus ou moins éloignés pour constater dans le cas de rétention de l'arrière-faix la fixité des symptômes observés.

Plus difficiles seront les diagnostifs différentiels avec divers états de l'utérus pouvant modifier le volume, la forme et surtout la consistance de l'organe.

Nous avons montré que c'est surtout la consistance spéciale de l'utérus qui est modifiée soit en totalité soit par places, qui permettra de faire le diagnostic. C'est une consistance plus molle que celle de l'utérus normal « sans aller cependant à la consistance de *la figue mûre* » de l'utérus gravide. Ce ramollissement qui demande évidemment une certaine éducation clinique pour être nettement perçu permet de différencier la fibromatose de l'utérus, les métrites, etc... Les troubles de sub-involution seront parfois plus difficiles à reconnaître, comme nous l'avons montré.

Enfin le toucher intra-utérin après dilatation sera, la grossesse étant éliminée, la dernière ressource pour le diagnostic. Vu l'importance du traitement nous ne devons pas hésiter à y avoir recours.

CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS DE MORT SUBITE D'UN GROS ENFANT PAR HÉMORRAGIE DE LA CAPSULE SURRÉNALE

(En collaboration avec le Dr JEANNIN).

Société d'Obstétrique de Paris, séance du 4 février 1907.

A l'occasion de la mort subite d'un nouveau-né dont nous racontons l'histoire clinique ainsi que le résultat très intéressant de l'autopsie qui nous donna la cause peu commune

de cette mort, nous avons recherché dans la littérature médicale les faits analogues et les explications qui en ont été fournies. Il faut voir, croyons-nous, dans le cas que nous exposons par la suite, l'influence de cette dégénérescence obscure mais admise aujourd'hui par la majorité des auteurs et qui frappe les trop gros enfants.

La mère de l'enfant qui nous occupe est d'habitude bien portante. Elle est enceinte pour la 3e fois quand elle entre à Lariboisière le 19 janvier 1907. La première grossesse s'est terminée par un accouchement à terme ayant nécessité une application de forceps, l'enfant étant très gros, dit la mère. Il semble en effet que le forceps fut appliqué pour excès de volume total du fœtus. Cet enfant mourut subitement le sixième jour.

En 1901, la femme est de nouveau enceinte et accouche spontanément d'une fille encore vivante à l'heure actuelle et n'ayant pas eu de maladie depuis sa naissance.

Actuellement, à l'entrée de la femme on diagnostique une occipito-iliaque gauche antérieure, le fœtus vivant paraît volumineux.

Le 22 janvier, accouchement spontané. L'enfant, du sexe féminin, pèse 5.000 grammes, il ne présente aucune malformation ni cyanose.

Le placenta pèse 1.110 grammes, il ne présente aucune altération macroscopique.

Les suites de couches de la mère ont été normales ; l'enfant, mis au sein moins de douze heures après la naissance, arrive très rapidement à trouver une quantité de lait suffisante. L'enfant paraît se développer normalement, rien n'attire l'attention ni du côté de son tube digestif, ni du côté de ses appareils respiratoires ou circulatoires. L'enfant tête et dort régulièrement.

Le 25 janvier à midi, au moment où l'enfant est mis au sein et sans qu'il ait été manié avec brusquerie, on constate une cyanose survenant brusquement débutant aux extrémités mais se généralisant rapidement. La respiration est à peine perceptible ; l'infirmière, justement alarmée, appelle la sage-femme en chef qui met l'enfant dans un bain sinapisé ; mais la cyanose persiste et l'enfant meurt une demi-heure après le début de la crise, sans avoir présenté la moindre amélioration. La température avant la mort était de 39° 2.

Nous faisons, dès le lendemain, l'autopsie de cet enfant et nous ne constatons aucune altération visible du cœur et des poumons qui sont anémiés, semble-t-il. Pas d'épanchement au niveau des méninges, aucune anomalie apparente des centres nerveux.

Par contre, à l'ouverture de la paroi abdominale nous constatons une inondation sanguine de la cavité péritonéale tout entière.

On évacue ce sang dont la quantité peut être évaluée à 200 grammes environ et nous passons successivement en revue les divers organes de l'abdomen. Le tube digestif ne présente pas trace d'altérations macroscopiques. Le foie est normal ainsi que la rate. En regardant les reins nous ne constatons rien d'anormal du côté gauche. Par contre, le rein droit est surmonté d'une cavité anfractueuse remplie de caillots et communiquant largement avec la grande cavité péritonéale.

De la dissection attentive de cette poche, après ablation des caillots qui l'encombrent encore, il ressort que nous sommes en présence d'un hématome primitif de la capsule surrénale droite, ouvert secondairement dans le péritoine.

Nous enlevons le rein et le reste de la surrénale, on voit nettement qu'il s'agit d'une hémorragie intra-capsulaire ; la glande, assez aplatie par l'épanchement, est assez difficile à reconnaître. Le poids du rein droit et de la surrénale avec son caillot est de 50 grammes. La surrénale gauche ne présente pas d'altération. Elle pèse avec le rein 20 grammes.

Le thymus paraît normal et pèse 12 grammes.

En somme, il s'agit là d'un cas de mort subite par hémorragie de la capsule surrénale. On sait que les hémorragies mortelles sont, d'après tous les auteurs (1), plus fréquentes chez le nouveau-né que chez l'adulte ou le vieillard. Le sang peut se limiter à la capsule elle-même qui est distendue, cas fréquent comme on peut s'en rendre compte, en pratiquant des autopsies de nouveau-nés, morts pour des

(1) Arnaud, Les hémorrhagies des capsules surrénales. *Archives générales de médecine*, juillet 1900, p. 5.

causes diverses, et nous nous souvenons l'avoir observé, chez des enfants ayant succombé à quelque infection intestinale ou autre, à des brûlures étendues, etc.

D'ailleurs cette hémorragie figure en bon rang dans le tableau des hémorragies du nouveau-né, et tous les auteurs qui se sont occupés de cette dernière question en ont relaté des cas (1).

Mais, à côté de ces cas où l'hémorragie surrénale est un phénomène accessoire, il en est d'autres, plus intéressants pour nous, où l'apoplexie interstitielle surrénale est la seule lésion capable d'expliquer la mort. Si les hémorragies surviennent chez le nouveau-né, il sera difficile d'étudier les symptômes qui accompagnent la mort subite, mais s'il s'agit d'enfants plus âgés, on pourra par l'analyse de ces symptômes présumer la cause intime de la mort.

Est-elle due à l'insuffisance capsulaire comme le veulent Sergent et Bernard ? ou bien à un retentissement de la lésion capsulaire sur les nerfs et ganglions du plexus solaire ainsi que le pense Arnaud ?

Dans les cas d'hémorragies sous-péritonéales et limitées au tissu sous-séreux, après rupture capsulaire (Obs. de Parrot 1872, de Doubraix 1886, de Pritchard 1890), on peut encore discuter sur la pathogénie de la mort subite si l'hémorragie n'est pas assez abondante pour entraîner la conviction que par elle seule l'enfant a succombé.

Nous arrivons maintenant au groupe des hémorragies surrénales avec irruption secondaire dans le péritoine, cas les plus rares comme on s'en rend compte en parcourant la littérature médicale.

C'est ainsi que dans 79 cas colligés par Arnaud nous n'en

(1) Voir entr'autres la thèse de Ribemont-Dessaignes et la thèse de Lequeux.

relevons que 3 cas : le premier dû à Matteï (1), ayant trait à un nouveau-né de 4 jours né spontanément, et présentant à l'autopsie une hémorragie volumineuse de la capsule surrénale gauche, ouverte dans la cavité abdominale par un pertuis de 3 millimètres au niveau de la facc portérieure de l'organe ; le second à Hervey (2), se rapportant à un enfant de 10 jours ayant présenté à la suite d'une chute une hémorragie de la capsule droite ouverte dans la séreuse abdominale par une déchirure transversale de 1 cent. 1/2 ; la troisième de Friedler (3), où il s'agit d'un enfant de 5 jours vigoureux, mort en quelques minutes en l'absence de tout traumatisme. A l'autopsie, la capsule surrénale droite a la grosseur d'un œuf de poule ; le sang qui la distend a gagné d'abord le tissu sous-péritonéal et s'est étendu enfin à la cavité péritonéale elle-même.

Nous avons parcouru la littérature médicale depuis 1900, — date du travail d'Arnaud, — et si nous avons pu rencontrer quelques cas d'hémorragie capsulaire, nous n'en avons trouvé aucun ayant trait à une inondation intra-péritonéale. A notre connaissance, notre observation serait donc la 4e actuellement publiée.

A quelle cause pouvons-nous attribuer cette hémorragie ? Il est très difficile de le dire. Les auteurs admettent que l'épanchement sanguin, qui a son point de départ dans la zone vasculaire séparant la couche corticale proprement dite de la substance médullaire centrale, s'explique d'abord par le fonctionnement plus actif des capsules surrénales et leur rapport intime avec le système de la veine cave inférieure, conditions particulières du nouveau-né. Quant à la cause

(1) Matteï, *L'osperimentale*, 1883.
(2) Hervey, *Bulletins de la Société anatomique*, 1870.
(3) Friedler, *Archiv der Heilkunde*, 1870.

déterminante, elle serait d'origine mécanique, d'après Matteï qui admet une stase veineuse intra-abdominale pendant le travail ; mais alors, comment se fait-il que l'hémorragie ne se produise, comme dans notre cas, qu'au bout de plusieurs jours ? Le traumatisme a pu être invoqué parfois, avec raison ; la congestion hémorragipare existerait en cas d'affection ou de malformation cardio-pulmonaire. Enfin cette hémorragie serait la conséquence de processus toxi-infectieux de toute nature, processus agissant soit par altération des vaisseaux (thomboses veineuses surrénales, athérome), soit par altération du sang, soit enfin en raison du rôle antitoxique des glandes surrénales.

Il semble bien qu'aucune de ces causes ne puisse être invoquée en notre cas ; peut-être notre enfant portait-il la tare syphilitique ? Mais ce n'est là qu'une hypothèse que nous suggère le volume du placenta. Peut-être, encore, y avait-il chez cet enfant très vigoureux, une suractivité fonctionnelle des glandes surrénales en rapport avec le poids du corps ? Autre hypothèse.

Nous ne saurions, ici, parler de symptomatologie. La mort est la conséquence directe de l'hémorragie interne, et les seuls signes observés sont ceux de cette hémorragie.

DEUX CAS D'ALOPÉCIE LOCALISÉE CONGÉNITALE.

Soc. d'Obstétrique de Paris, séance de mars 1907.

Nous avons présenté à la Société d'Obstétrique deux cas d'anomalies de développement du cuir chevelu qui continuent la série des faits analogues présentés déjà par M. Bonnaire, dont la première observation remonte à 1884. En 1890, M. Bonnaire constate à l'hôpital Saint-Louis deux autres cas semblables.

L'examen histologique d'une de ces plaques d'arrêt de développement de la peau avait montré à MM. Bonnaire et Lamotte que la couche cornée de l'épiderme fait défaut à ce niveau. Le chorion est embryonnaire et offre la même appa-



Fig. 10

rence que sur la peau d'un embryon de deux à trois mois. Il n'y a ni glandes ni poils en voie de formation, il n'existe pas de fibres conjonctives, mais seulement des cellules fusiformes ou arrondies plongées dans une gangue amorphe.

Le premier cas que nous présentons pent se calquer sur les cas déjà présentés par M. Bonnaire : il s'agit d'un fœtus mort,issu d'une mère syphilitique ct expulsé spontanément le 12 mars 1905 à la Maternité de Lariboisière.

Le second cas est plus intéressant, car il nous montre, ce qui n'avait pas été relevé jusqu'ici, l'évolution de cette plaque d'alopécie.

Il s'agit d'une enfant âgée de 5 ans, qui a été amenée à la consultation de la Maternité de l'hôpital Lariboisière pour obtenir un certificat constatant la non-contagiosité de son affection qui, prise pour une plaque de pelade, l'empêchait d'être admise dans une école.

Cette enfant avait été mise au monde dans le service, sa mère était bien portante et l'accouchement n'avait présenté aucune complication.

A la naissance on constata un arrêt de développement du cuir chevelu analogue aux faits que nous avons déjà signalés.

Depuis la naissance cette enfant, qui ne présente aucune autre malformation, s'est développée régulièrement ; ses cheveux en dehors de la plaque qui avait attiré l'attention à la naissance ont poussé normalement.

Actuellement on constate une plaque d'alopécie de 2 centimètres carrés de surface environ ; cette plaque est unique ; sa forme est irrégulière ; au pourtour les cheveux sont absolument normaux et ne se laissent pas facilement arracher.

L'examen de la surface glabre montre qu'elle est constituée par une peau absolument saine et ne présentant pas trace de poils. On ne constate aucun duvet ni aucune atrophie dermique ; l'aspect chagriné que donnent à la peau les papilles épidermiques sous-jacentes paraît absolument normal. En somme sans nous arrêter bien entendu à la différenciation à faire avec la pelade, qui, surtout chez l'enfant,

ne prend pas ses caractères d'alopécie locale peu étendue, il est intéressant de voir que la surface glabre de notre fillette ne ressemble pas non plus à une alopécie traumatique véritable, dont elle n'a ni l'épiderme lisse et comme gaufré au fer rouge, ni l'absence de tout relief papillaire.

C'est là encore une confirmation de la théorie émise par M. Bonnaire sur l'origine de ces alopécies localisées. Ces alopécies, en effet tireraient leur origine des dispositions vicieuses de l'amnios survenant au cours du développement, pathogénie en somme analogue au mécanisme indiqué par M. le professeur Lannelongue pour le mode de production de certaines malformations périphériques de la tête.

PERSISTANCE DU CANAL ARTÉRIEL N'AYANT ENTRAINÉ AUCUN TROUBLE PENDANT 28 ANS. — MORT RAPIDE A L'OCCASION D'UN ACCOUCHEMENT.

Communication à la Société anatomique, février 1907.

Nous avons eu l'occasion de présenter le cœur d'une femme entrée dans le service de M. le Dr Bonnaire avec le diagnostic d'éclampsie.

Nous avons porté le diagnostic de troubles gravido-cardiaques dont la nature intime nous échappait encore.

Cette femme, âgée de 28 ans, accouchée et délivrée en ville, présentait une dyspnée considérable (30 à 40 mouvements respiratoires par minute) ; facies angoissé et pâle, pas de cyanose des lèvres, pas de cyanose des extrémités des membres.

A l'interrogatoire on apprend que cette femme n'a jamais fait de maladie, qu'en particulier rien n'avait jamais attiré l'attention du côté du cœur.

Elle a eu unc première grossesse terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant, l'accouchement n'ayant rien présenté d'anormal et les suites en ayant été normales.

Pendant la grossesse actuelle la malade n'a présenté aucun trouble. L'accouchement par lui-même s'est bien passé; mais quelques moments après la délivrance la femme a été prise d'agitation extrême avec sensation d'étouffement et de palpitations. L'examen des urines ayant présenté à ce moment de l'albumine, la malade se fait admettre à l'hôpital.

A l'examen on constatait des battements énergiques dans la région précordiale. La pointe du cœur battait dans le 6e espace sur la ligne mamelonnaire. La percussion dénotait de l'hypertrophie cardiaque.

A l'auscultation : rythme fœtal très net sans bruit de souffle ; d'ailleurs examen difficile à cause de la précipitation des battements. Pas d'arythmie.

Pouls rapide 104 : battements par minute.

Tension artérielle : 16.

Pas de cyanose, pas d'œdème des jambes, pas d'augmentation du volume du foie.

Appareil respiratoire : rien d'anormal.

Urines très légèrement albumineuses.

Une saignée de 300 centimètres cubes ne procure aucun soulagement. La dyspnée s'aggrave peu à peu, et la mort survient douze heures après l'accouchement. Aucune rémission n'a été notée dans l'intensité des accidents survenus chez cette malade.

A l'autopsie on constate la communication de la partie inférieure de la crosse de l'aorte avec la partie supérieure de la branche droite de l'artère pulmonaire. L'orifice de communication était entouré d'un anneau scléreux et mesurait

10 millimètres de diamètre : il s'agit donc de la persistance du canal artériel, mais il y a accolement des parois de l'aorte et de la pulmonaire plutôt qu'un canal véritable.

Pas de rétrécissement de l'artère pulmonaire, ni de ses branches.

Le reste de l'autopsie ne permet aucune autre constatation intéressante, les reins en particulier sont normaux.

La femme est donc morte d'une malformation cardiaque n'ayant donné lieu à aucun symptôme pendant 28 ans et étant devenue incompatible avec l'existence à l'occasion d'un second accouchement peut-être plus laborieux que le premier.

La persistance du canal artériel compatible avec la vie a été étudiée par Almagio, Duroziez, Parrot et plus récemment par Frank. Elle est assez rare. Rangfuss en a compté 16 cas dont 7 morts dans l'enfance, 5 à l'âge de 13 à 14 ans et 4 de 40 à 52 ans.

UN CAS DE MAIN-BOTE PAR ABSENCE DU RADIUS.

Société anatomique, février 1907.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Hutinel un cas de main-bote congénitale par absence du radius et d'en faire une dissection de saillie à l'autopsie. Tout le membre supérieur gauche atteint de malformation était très atrophié, l'avant-bras dans le prolongement du bras ; la main qui ne portait que l'auriculaire, était en forte flexion sur l'avant-bras. A la palpation on était frappé du développement du pannicule adipeux sous cutané.

A l'autopsie nous avons constaté une disproportion re-

marquable entre les masses musculaires du bras et de l'avant-bras : au bras tous les muscles étaient à peu près en place, tandis qu'au niveau de l'avant-bras tous les muscles prenant l'insertion sur le radius étaient absents. La reconnaissance des différents muscles était d'ailleurs rendue assez difficile à cause de l'orientation particulière de l'extrémité

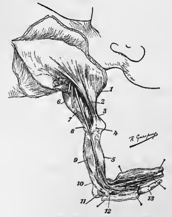


Fig. 11. — Face entéro-interne. — Nerf cubital.

1. Deltoïde. — 2. Grend pectorel. — 3. Biceps. — 4. Epitrochlée. — 5. Fléchisseur superficiel. — 6. Triceps. — 7. Veste interne. — 8. Olécrene. — 9. Fléchisseur profond. — 10. Cubitel entérieur. — 11. Branche postérieure du nerf cubitel. — 12. Branche profonde du nerf cubital. — 13. Auriculaire.

inférieure de l'humérus qui, au lieu de regarder en avant, était tournée en dehors.

Les nerfs étaient au complet au niveau du bras ; toutefois le médian était plus grêle que normalement. A l'avant-bras

le nerf médian a complétement disparu ainsi que la branche antérieure du radial. Le plexus brachial était moins volumineux que celui du côté opposé ; le médian en particulier naissait par deux racines presque filiformes. Quant à la moelle on ne constatait pas de diminution de volume notable au niveau du renflement brachial.

Le squelette présentait les anomalies suivantes : défaut de torsion de l'humérus, atrophie presque complète de l'épicondyle, absence totale du radius, des deux premiers métacarpiens et du squelette des deux premiers doigts ; enfin fusion des phalangines et phalangettes du médius et de l'annulaire,ce qui fait qu'avant la dissection la main paraissait réduite aux quatrième et cinquième doigts.

En présence de notre observation nous nous sommes demandé quel rapport existait entre les malformations du squelette et des masses musculaires d'une part,et celles du système nerveux de l'autre. Une atrophie prononcée d'une ou de plusieurs des racines du plexus brachial pourrait en effet être mise en rapport avec l'atrophie de la partie radiale de l'avant-bras et préciser un point de la théorie de la métamérie des membres, théorie admise généralement. Malheureusement dans le cas qui nous occupe, les diverses racines du plexus brachial étaient dans l'ensemble atrophiées, mais aucune ne présentait une diminution notable par rapport aux autres.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES ET SUGGESTION

Communication faite à la Société d'Obstétrique de Paris, 17 janvier 1907.

La nature hystérique des vomissements incoercibles est aujourd'hui bien démontrée pour certains cas. Ayant eu affaire à un fait de ce genre à la Maternité de l'hôpital La-

riboisière, nous décidâmes d'avoir recours à la suggestion qui réussit chez ces malades, ainsi que de nombreux auteurs en ont rapporté des observations.

La difficulté de persuader à cette malade que sa grossesse était interrompue ou inexistante résidait dans le fait qu'il s'agissait d'une récidiviste chez laquelle après échec de tous les traitements on avait dû pratiquer l'exérèse complète de l'œuf, lors d'une première grossesse.

Sous narcose ou chlorure d'éthyle cette malade eut son col dilaté selon la méthode de Copeman, et à son réveil on lui présenta un placenta et des caillots lui laissant croire que son avortement était fait.

Cette femme dès lors n'eut plus de vomissements. Ce cas que nous avons présenté à la Société d'Obstétrique de Paris a été l'occasion d'une critique de la méthode de Copeman qui agirait, semble-t-il, surtout à titre de suggestion grâce à son caractère chirurgical.

UN CAS D'HYDROCÉPHALIE ANENCÉPHALIQUE, UNILATÉRALE.

Société d'Obstétrique de Paris, séance de février 1907.

Nous avons présenté l'observation intéressante d'un enfant né sans lésions apparentes, se développant normalement et qui mourut brusquement au bout de 10 jours.

M. le professeur Budin avait bien insisté sur ce cas, mais l'unilatéralité de la lésion dans le fait qui nous occupe méritait, avons-nous cru, d'être signalé.

Il s'agissait d'une femme, secondipare, ne présentant rien dans ses antécédents et qui accoucha prématurément vers 8 mois 1/2 après un travail qui dura 38 heures.

L'enfant, du sexe féminin, naquit en bon état et respira aussitôt. Le poids, à la naissance, était de 2.450 grammes. Le placenta, un peu gros pesait 650 grammes. Nous ne constatons chez la femme aucune trace de spécificité et celle-ci affirme que son mari a toujours été bien portant. La cause de cet accouchement prématuré reste inconnue ; le liquide amniotique était en quantité normale. L'enfant fut mis au sein quelques heures après la naissance, et tétait facilement. Après une chute initiale de 150 grammes la courbe de poids devint régulièrement ascendante, augmentant de 20 à 35 grammes par jour. Le neuvième jour, elle resta stationnaire, le dixième jour, cet enfant qui n'avait présenté aucun signe anormal, se mit à pâlir brusquement et sans présenter ni cyanose, ni convulsion, mourut en quelques minutes.

A l'autopsie, on ne nota rien d'anormal du côté des viscères ; le foie, en particulier était normal ainsi que la rate. A l'ouverture de la boite crânienne on aperçoit l'encéphale dont l'intérieur ne présente rien de particulier, mais lorsque nous nous mettons en devoir de pratiquer des coupes du cerveau nous constatons qu'alors que l'hémisphère droit est normal, l'hémisphère gauche est littéralement transformé en une poche résultant de la dilatation du ventricule latéral. Cette poche est remplie par un liquide clair, transparent, et assez fortement....... Nous n'avons pas pu recueillir intégralement ce liquide, mais nous pouvons évaluer sa quantité totale à 300 grammes. Remarquons que le crâne n'en avait éprouvé aucune déformation, ses diamètres étant les suivants :

Occipito-mentonnier.	13.5
Occipito-frontal.	11.5
Sous-occipito-bregmatique.	9.5
Sous-occipito-frontal	10
Bi-pariétal	9.2
Bi-temporal.	2.8
Sous-mento-bregmatique.	8.8

Nous avons surtout présenté ce cas pour montrer l'impossibilité du diagnostic d'une pareille lésion qui reste forcément une trouvaille d'autopsie. Il en est ainsi dans les cas d'hydrencéphalie anencéphalique dont notre observation ne diffère que par l'unitatéralité de la lésion et nous nous demandons s'il ne s'agit pas là d'un degré intermédiaire entre la dilatation ventriculaire simple et l'hydrocéphalie anencéphalique.

SYPHILIS PLACENTAIRE.

Archives médicales de Toulouse, mai 1907.

La découverte récente de Schaudinn, qui a déjà éclairé tant de points dans l'histoire clinique de la syphilis, a-t-elle jeté un jour nouveau sur les rapports de cette affection avec la grossesse. Ayant eu l'occasion d'observer nombre de cas de syphilis dans le service de notre maître Bonnaire, à Lariboisière, nous avons pensé qu'il était intéressant de faire une étude donnant quelque idée de nos connaissances actuelles sur la syphilis placentaire.

Nous étudierons successivement les altérations macroscopiques et microscopiques du placenta, puis nous verrons enfin les rapports de ces lésions avec le tréponème de Schaudinn.

Déjà à l'examen macroscopique le placenta présente un certain nombre de caractères qui permettent de présumer sa nature syphilitique. Cette hypertrophie se traduit à la fois par l'augmentation de poids et l'augmentation de volume (Pinard). La disproportion est d'autant plus frappante que même à terme le fœtus syphilitique pèse moins que le fœtus normal. Dans ces conditions, le poids moyen du placenta sera le quart de celui du fœtus.

Cet écart proportionnel augmente encore si l'on a affaire à un accouchement prématuré, plus encore si le fœtus est mort et macéré.

Ces faits s'expliquent par la différence de virulence de la syphilis ; et l'on conçoit aisément que ce sont les syphilis les plus récentes et les plus graves qui déterminent la mort du fœtus et les lésions placentaires les plus considérables.

Cette hypertrophie — poids et volume — tient à l'hypertrophie des villosités chorialcs,à laquelle s'ajoute,pour une part notable, l'imbibition de sérosité en cas de fœtus mort et macéré.

C'est sans doute à la même cause que le placenta syphilitique du fœtus mort et macéré doit sa consistance friable, molle, laissant l'empreinte des doigts. Au contraire, si le fœtus est vivant, le placenta est dense, ferme, résistant; parfois la consistance est absolument normal.

Bien autrement importantes sont les constatations microscopiques. Elles peuvent se résumer en deux mots : lésions des artères (endo et périartérite) et cirrhose placentaire (Malassez).

Nous étudierons successivement les lésions du placenta maternel et du placenta fœtal.

Depuis les travaux de Schwab, on s'accorde à regarder comme spécifiques les deux lésions suivantes du placenta maternel et uniquement elles : l'artérite avec élargissement de la lumière et épaississement de la paroi et d'autre part les petites gommes microscopiques.

Les modifications du placenta fœtal sont encore plus nettes : hypertrophie diffuse, mais non généralisée de toutes les villosités, caractérisée elle-même par l'épaississement du stroma conjonctif, les lésions des vaisseaux et les altérations de l'épithélium de revêtement.

Les lésions des vaisseaux sont les plus importantes et les plus constantes. Les artères sont atteintes d'endo-périartérite ; cette altération porte sur toutes les artères grosses et petites, et sur toutes les tuniques. Ces lésions artérielles sont les premières en date.

A ces lésions primordiales s'ajoute un processus réactionnel du stroma conjonctif plus intense.

Rarement il y a sclérose vraie ; et s'il y a, suivant l'expression de Malassez, cirrhose placentaire, c'est une cirrhose embryonnaire jeune (Schwab).

A ces modifications s'ajoutent, en cas de macération, celles déterminées par l'imbibition de sérosité sanguine : boursouflement du stroma, dislocation et dégénérescence granulo-graisseuse des cellules.

L'ensemble des lésions précédentes donne au placenta syphilitique un cachet bien spécial, reconnaissable même à un faible grossissement. Les villosités sont inégales ; un grand nombre sont hypertrophiées, tassées les unes contre les autres, d'apparence trouble, avec infiltration embryonnaire centrée par les vaisseaux malades.

Schwab a de plus décrit des modifications de la membrana chorii à périartérite, infiltration plus abondante de cellules embryonnaires.

Aux altérations du placenta s'ajoutent parfois des lésions des autres parties des annexes, principalement du cordon. Il est dur, augmenté de volume avec prolifération conjonctive, sclérose artérielle et veineuse.

Le fait que les lésions précédentes, contrairement à l'affirmation de certains auteurs, relèvent bien de la syphilis, a reçu une confirmation éclatante dans la découverte du tréponème de Schaudinn dans le placenta.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser tout d'abord, les spirochètes ne se voient pas d'ordinaire en très grande abondance dans le placenta syphilitique, si bien qu'avec les techniques primitives on avait la plus grande difficulté à le constater ; à ce moment certains auteurs ne purent les y trouver, habituellement sa présence dans le placenta est hors de doute.

Il y a à mettre tout d'abord en relief la répartition des spi-

rochètes ; ils sont plus nombreux dans le placenta fœtal que dans le placenta maternel. C'est donc dans les villosités qu'on l'y rencontre le plus fréquemment ; on le voit particulièrement au niveau des parois épaisses des vaisseaux, à l'intérieur de ceux-ci (Nattan-Larrier et Brindeau, Menctrier et Rubens Duval). Ils se répandent dans le stroma conjonctif, plus nombreux autour des vaisseanx, pouvant exister en plein tissu muqueux. Wallich et Levaditi l'ont vu entre les cellules de la couche de Langhans sous le syncitium.

D'autre part, ils le décrivent au niveau de la caduque, entre les cellules superficielles ou mieux dans leur intérieur, tandis que Nattan-Larrier et Brindeau le trouvent dans les lacs sanguins.

Certains auteurs ont cherché la voie d'apport des parasites ; ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

Actuellement nous ne connaissons que deux voies d'apport :

1° Altération du plasmode de la villosité et passage par l'intermédiaire des infarctus péri-villositaires, avec ou sans intervention des leucocytes, processus pathologique.

2° Transmission par les cellules de Langhans proliférée dans la caduque, processus physiologique d'autant plus important que la cellule de Laugbans peut pénétrer presque dans le système vasculaire de la caduque.

Les faits précédents apportent-ils quelque éclaircissement à la question si délicate de la syphilis conceptionnelle ? La question, malgré les découvertes histologiques et bactériologiques, reste toujours troublante. Car jusqu'à présent on n'a pu trouver de tréponème au niveau des spermatozoïdes. Cependant Feuger et Laudsteiner ont montré que le sperme d'un syphilitique pouvait être infectant pour le singe (expérience d'ailleurs contredite par Hoffmann).

Il régne encore là une grosse obscurité qui s'étend d'ailleurs non seulement à la syphilis par conception, mais aussi aux cas de sypbilis paternelle sans infection de la mère.

Il est légitime, pensons-nous, de croire que le spirochète n'est pas absent du spermatozoïde mais que, jusqu'à présent, on n'a pu l'y découvrir, soit que sa mise en évidence nécessite une technique spéciale, soit qu'il revête là une morphologie ou des caractéres particuliers.

Le degré d'intensité du virus, l'âge de la syphilis, le terrain (maternel ou fœtal) sur lequel se développe cette dernière, expliquent aisément les différentes variétés de troubles qu'elle détermine chez le produit de la conception.

C'est d'autre part un théme banal de répéter que toute syphilis doit être traitée. Mais il ne faut pas seulement traiter l'enfant après sa naissance ; il faut le traiter *in utero* sans compter que du même coup on soignera la mére. Dés lors apparaît la nécessité de traiter énergiquement le plus tôt possible toute femme enceinte syphilitique.

Ainsi verra-t-on les accouchements prématurés se faire plus près du terme. Sous l'influence d'un traitement bien conduit, on pourra parvenir même à les éviter. L'enfant viendra mieux constitué et plus résistant (Bonnaire).

Ce résultat est acquis dans la plupart des cas, ainsi que nous l'observons journellement à la Maternité de Lariboisière par le traitement intensif de la mére. Car on sait combien, dans ce milieu hospitalier, le traitement nécessaire du pére est difficile à instituer.

Le placenta est alors le lieu de passage de l'agent thérapeutique dont l'action bienfaisante commence souvent, nous a-t-il semblé, à s'exercer à son niveau.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).